Série 20 — FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX — N° 4

ESSAI

SUR LA KÉLOTOMIE

AVEC

la Méthode antiseptique.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 AOUT 1882

Par A. PAPON

Né à Langon, le 19 juillet 1854.

Examinateurs de la Thèse : MM. le Dr DENUCÉ, *président.* — MOUSSOUS, DUDON, GERVAIS, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Vve Cadoret

12 — Rue du Temple — 12

1882

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549617_0051

Série 20 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 4

ESSAI

SUR LA KÉLOTOMIE

AVEC

la Méthode antiseptique.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 AOUT 1882

Par A. PAPON

Né à Langon, le 19 juillet 1854.

Examinateurs de la Thèse :

MM. le Dr DENUCÉ, *président.*
MOUSSOUS,
DUDON, *agrégés.*
GERVAIS, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
12 — Rue du Temple — 12

1882

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen.

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	BOUCHARD.
Physiologie		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		MICÉ.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		DE FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale		MORACHE.
Médecine expérimentale		JOLYET.
Matière médicale		PERRENS
Clinique médicale		PITRES. PICOT.
Clinique chirurgicale		DENUCÉ. LANELONGUE
Clinique obstétricale		MOUSSOUS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN,	MM. BOURSIER,	MM. POINSOT,
RONDOT,	LEFOUR,	TESTUT,
LANDE,	DUDON,	CARLES,
SOLLES,	DEMONS,	PÉRIER,
ARMAINGAUD,	GERVAIS KOYSIEWICZ,	BLAREZ.

MAITRES DE CONFÉRENCES

Accouchements	MM. LEFOUR.	Chimie et pharmacie	MM. CARLES.
Physique	BERGONIÉ.	Histoire naturelle	PÉRIER.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM.	NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants		BITOT.
Ophthalmologie		BADAL.
Maladies vénériennes		VENOT.
Maladies mentales		N.....

Le Secrétaire de la Faculté, MADOULÉ.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible Hommage de Reconnaissance.

A MON FRÈRE G. PAPON

A MON ONCLE A. DUMEAU

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A mon Président de Thèse,

M. le Professeur DENUCÉ,

Doyen de la Faculté de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. le Dr LANELONGUE

Professeur de clinique chirurgicale.

A TOUS MES MAITRES

De la Faculté de Médecine de Paris.

A mon excellent ami,

le Dr Paul BITOT

Chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine.

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion, durant le cours de nos études, d'assister souvent aux succès de la méthode antiseptique en général, et du pansement de Lister en particulier, dans des opérations sur le péritoine et l'intestin. La kélotomie, l'ovariotomie apportent chaque jour, à l'actif du pansement phéniqué, un contingent de cas heureux que la chirurgie moderne se plaît à enregistrer.

Loin de nous la prétention un peu risquée de vouloir, avec un nombre de faits relativement restreints, tirer des déductions générales et arguer en faveur de tel ou tel pansement. Le but que nous nous proposons est de classer un certain nombre d'observations, de les présenter aux médecins et aux praticiens pour qu'ils puissent juger de la valeur du pansement de Lister dans l'opération de la hernie étranglée.

Peut-être nous reprochera-t-on de n'avoir pas fait une statistique comparative des résultats anciens avec les résultats nouveaux, nous répondrons que la quantité de faits par nous reproduits et commentés ne nous paraissait pas suffisante pour étayer une bonne statistique.

Nous avons donc laissé de côté tout ce qui a trait aux résultats fournis par les statistiques dans les différents pays. Il est, du reste, fort difficile de rester dans les limites d'une

exactitude rigoureuse et scientifique, quand on songe que les succès sont tous ou à peu près tous publiés. Il n'en est pas de même des insuccès; aussi faut-il faire des réserves.

Nous voudrions donc, si faire se pouvait, ajouter une pierre, si petite fût-elle, à l'édifice déjà très-élevé de l'emploi du pansement de Lister dans les opérations chirurgicales graves.

Le nombre des succès augmentant avec chaque opération de kélotomie sous le pansement phéniqué, si le pronostic n'est pas bénin dans toute l'acception du terme, on peut et même on doit reconnaître qu'il est beaucoup moins malin qu'autrefois, nous en avons pour preuve certains cas heureux au sujet desquels un pronostic fatal eût été porté, il y a quelques années à peine.

Avant de terminer cet Avant-Propos, qu'il nous soit permis, au début de ce modeste travail, d'adresser à M. le professeur Denucé, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, l'expression sincère de notre vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous adressons également tous nos remercîments aux personnes bienveillantes et amies qui ont bien voulu pendant le cours de nos études médicales nous honorer de leur confiance, de leurs conseils et de leur sympathie.

ESSAI

SUR

LA KÉLOTOMIE

AVEC

la Méthode antiseptique

CHAPITRE I

Historique du pansement phéniqué appliqué aux hernies.

C'est un fait notoire et bien connu de tous aujourd'hui que la méthode antiseptique de Lister est une des plus belles acquisitions, une des plus brillantes conquêtes de la chirurgie moderne. Certaines opérations, dont les dangers arrêtaient autrefois la main de sages chirurgiens, sont tentées à l'heure actuelle, le plus souvent avec succès. La science, après bien des hésitations, bien des tâtonnements, a marqué un pas en avant, les méthodes se perfectionnent et tendent à se parfaire chaque jour davantage. Pasteur nous a donné la cause de la nocivité de l'air, a étudié la production de l'évolution des germes ; Lister, frappé de cette idée, a pensé que les pernicieux effets de l'atmosphère où vivent les malades dans les hôpitaux

doivent être attribués à ces organismes si nombreux que le vaillant chimiste français étudie dans tous les milieux qui nous environnent.

La méthode antiseptique est créée, et voici que maintenant le péritoine lui-même cesse d'inspirer à tous des craintes jusqu'alors justifiées. On peut approcher enfin du but que Maas et tant d'autres poursuivaient lorsqu'ils disaient : Celui qui trouverait une méthode opératoire sûre et sans danger pourrait être considéré à juste titre comme un bienfaiteur de l'humanité ; des milliers d'individus seraient affranchis d'une grande incommodité, des milliers échapperaient aux dangers et aux horribles souffrances de l'étranglement.

Les conditions générales du pansement de Lister peuvent se résumer sous quatre chefs :

Et d'abord la plaie sera toujours entourée d'une atmosphère phéniquée, antiseptique et limitée. Ce résultat est obtenu au moyen de la gaze phéniquée et de l'étoffe imperméable, sur lesquelles nous appellerons plus particulièrement l'attention à l'article : *Pièces du pansement.*

La seconde condition est l'occlusion de la plaie. C'est théoriquement le mode le plus simple pour défendre les plaies de l'action de l'air. Il est pratiquement le plus compliqué. Nous avons eu l'honneur, alors que nous étions l'élève de M. Alphonse Guérin, à l'Hôtel-Dieu, de voir les difficultés pratiques du pansement ouaté. De plus il y a cette différence entre le pansement de Guérin et celui de Lister, que celui-ci exclut absolument l'air, tandis que celui-là le filtre et par conséquent

le rend innocent pour l'organisme blessé. De cette différence, découle nécessairement la troisième condition du pansement antiseptique ; nous voulons parler de la protection contre les organisme extérieurs. La méthode antiseptique, en effet, défend l'organisme contre l'action nocive de l'air, contre les parties qui l'empoisonnent, elle régularise ainsi le travail de réparation et donne à l'organisme son maximum de puissance réparatrice, en éloignant tout ce qui pourrait mettre un terme à la transformation. Et pour cela faire, il plonge la plaie dans un bain permanent fermenticide, dont toutes les conditions se trouvent réunies par l'application de la gaze phéniquée et de l'étoffe imperméable.

Non seulement le pansement de Lister protège la plaie contre les germes extérieurs, mais il en empêche encore la multiplication.

Pour ne point perdre de vue le but de notre travail, nous croyons indispensable de développer ici certaines conditions spéciales, propres, particulières aux hernies : nous voulons désigner l'infection intestinale et péritonéale : deux causes d'empoisonnement qui viennent s'ajouter à celles déjà si nombreuses fournies par l'air environnant. On considérait autrefois comme à peu près funeste pour le malade et le chirurgien toutes opérations dans lesquelles il était nécessaire de mettre à nu le péritoine. La grande cavité séreuse était un terrain plus particulièrement favorable à la provocation des accidents septiques et à leur développement. Aussi n'était-ce qu'en tremblant ou poussé par les signes manifestes d'un étranglement que le

chirurgien se décidait à grand'peine à pratiquer la kélotomie, cette opération redoutable alors, redoutée encore aujourd'hui, soit parce que la méthode antiseptique ne peut pas être pratiquée dans toute sa rigueur, soit parce que le chirurgien n'est pas suffisamment convaincu de l'efficacité de celle-ci.

Par ce fait seul que le pansement de Lister diminue considérablement les chances de réaction inflammatoire locale, la péritonite, on le comprend, devient beaucoup moins fréquente, et la réparation des parties altérées se faisant plus rapidement et plus régulièrement, il est loisible de réduire l'intestin, même d'assez mauvaise apparence.

A ces causes générales de septicémie péritonéale et intestinale, vient s'en ajouter une autre non moins déplorable dans ses résultats. Souvent l'intestin perforé, gangrené ou seulement ramolli dans toute l'étendue herniée, laisse s'écouler dans la plaie les liquides septiques, ou encore donne passage aux matières stercorales qui, trouvant une issue, et déjà pressées, refoulées par l'étranglement, envahissent la plaie, la souillent.

Je me borne à indiquer pour le moment ces généralités sans y insister autrement, je les développerai amplement plus tard.

On peut donc voir, dès le début, l'idée primordiale, base de la méthode, qui préside au pansement.

Ce n'est point un pansement pur et simple, c'est une méthode, c'est une donnée scientifique sérieuse qu'on applique au pansement des plaies.

Ne voyons-nous pas, pour la kélotomie qui nous occupe plus

particulièrement, l'absence à peu près complète de suppuration, la diminution graduelle des péritonites et des complications qui généralement se terminaient par la mort du malade, cette rapidité étonnante de réparation de tissus, cette réunion des lèvres de la plaie cutanée, complète souvent quarante-huit heures après l'opération.

Qu'il me soit permis, en terminant ce premier chapitre, de citer quelques paroles de M. Lucas-Championnière qui, le premier, a introduit la méthode en France : « Au premier rang des opérations que tout le monde fait, il faut placer l'opération de la hernie étranglée. J'avais été assez heureux dans mes opérations de kélotomie pour lesquelles j'ai toujours employé les lavages antiseptiques et la réunion : mais il ne m'était pas arrivé d'en guérir six de suite, comme dans le cours de l'année 1877, en employant la méthode antiseptique ».

Et il ajoute : « On a redouté l'action irritante de l'acide phénique sur le péritoine, et cependant c'est une chose merveilleuse de voir comment une solution forte qui détruit l'épiderme des mains de l'opérateur est supportée sans inconvénient par le péritoine ».

CHAPITRE II

Kélotomie antiseptique.

Il n'entre pas précisément dans le cadre de notre sujet de donner une définition de la kélotomie, d'en indiquer les différents modes opératoires. Cependant, je dirai que le débridement d'une anse ou d'une portion d'épiploon herniée peut se faire de deux façons, suivant que l'obstacle à la réduction siége au collet du sac, ou autour de lui; dans le premier cas, on ouvre le sac, dans le second on ne peut pas l'ouvrir.

Le premier procédé est le procédé ordinaire, la kélotomie proprement dite, qui se compose de quatre temps : 1° incision de la peau et des couches sous-cutanées; 2° ouverture du sac; 3° débridement; 4° réduction de l'intestin ou de l'épiploon, s'il y a lieu.

Le second procédé est l'opération sans ouverture du sac, due à J.-L. Petit. Son nom indique le seul temps opératoire dont elle est composée. On en trouvera un très-beau cas dans le résumé de mes observations. La communication a été lue par M. Nicaise à la séance du 18 octobre 1876 aux membres de la Société de chirurgie.

Je n'ai cité que pour mémoire ces différents procédés, n'ayant pas l'intention d'y insister davantage. Les procédés opératoires de la kélotomie antiseptique sont les mêmes que ceux de la kélotomie ordinaire; je reviendrai avec détails sur certains d'entr'eux parce qu'ils offrent, sous le pansement de

Lister, certaines particularités que nous croyons utile de faire connaître.

Avant de passer en revue quelques-uns des temps opératoires de la kélotomie, peut-être ne serait-il pas sans intérêt de consacrer quelques lignes aux précautions préliminaires et absolument requises que doit prendre le chirurgien, avant d'ouvrir la tumeur intestinale, pour mettre de son côté le plus de chances de succès possible.

Paragraphe I. — La toilette de l'opéré, ou du moins de la région sur laquelle on va porter le bistouri, est chose importante. Et d'abord il convient de raser le pli de l'aine, de façon à ce que le chirurgien puisse commencer et finir son incision sans qu'aucun obstacle ne l'arrête, ou ne le fasse dévier. Et ceci n'est point, comme on pourrait le croire, superflu et secondaire. Il faut que l'incision passe toujours par le plus grand diamètre de la tumeur, et le comprenne tout entier. Qu'arrivera-t-il si l'incision n'est pas linéaire ? Une gêne dans le débridement et la réduction.

Le second point est relatif à la préparation du champ opératoire. J'ai vu, durant le cours de mes études, recommander et employer dans certains services de Paris le savonnage de la région avec le plus grand soin. D'autres chirurgiens nettoient le point où l'opération doit être faite au moyen d'une éponge imprégnée de solution forte. Je trouve plus recommandable, quoique un peu plus compliquée, la pratique, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, de M. le professeur Lanelongue. J'ai eu

la bonne fortune de voir nombre d'opérations faites par M. Lanelongue, et toujours il lave la région avec de l'éther pour la débarrasser de toute matière grasse, puis il passe avec soin, et dans toutes les anfractuosités, une éponge imprégnée de solution forte. Je crois, et je suis convaincu que l'éther, mieux que l'eau chaude ordinaire dont se servent quelques praticiens, prépare une région sale ou grasse, comme le pli de l'aine, a très bien subir l'action de l'eau phéniquée. La solution forte d'acide phénique est très pénétrante, ainsi que le fait remarquer Lister. Elle imbibe les lamelles épidermiques; et on peut être assuré que, lorsque le lavage avec la solution forte a été fait consciencieusement, la région est bien exactement privée de germes. J'ai vu, à l'hospice de la Salpêtrière de Paris, M. Lucas-Championnière lui-même suivre cette pratique. La toilette de l'opéré est finie, vient maintenant celle de l'opérateur, de ses aides, des instruments. Il est indispensable à la réussite de l'entreprise que tout ce qui doit être mis au contact d'une plaie ou seulement en approcher, soit purifié. Les mains de l'opérateur et des aides seront lavées, les instruments plongeront quelques minutes avant l'opération dans un bain d'eau phéniquée forte; les éponges surtout, où les organismes vivants se développent en si grande abondance, seront trempées depuis longtemps déjà dans une solution phéniquée; la chambre, et surtout les parties avoisinantes du malade, même ceux qui l'approchent seront plongés dans une atmosphère phéniquée, et ceci fait l'objet d'un chapitre que je traiterai plus tard, *en parlant du pansement.*

Paragraphe II. — A propos de l'ouverture du sac, qui doit nous arrêter quelques instants au point de vue du pansement, je signalerai seulement l'embarras dans lequel se trouve souvent le chirurgien pour savoir et reconnaître s'il est bien réellement sur le sac. J'aborderai tout de suite la discussion qui seule nous intéresse : faut-il ouvrir le sac, ne faut-il pas l'ouvrir? Doit-on faire la kélotomie ordinaire, ou donner la préférence à celle de J.-L. Petit? Les uns concluent que l'opération sans ouverture du sac doit être placée au premier rang et remplacer la kélotomie avec ouverture. Celle-ci ne serait alors réservée qu'aux cas où il y aurait suppuration du sac, gangrène de l'intestin, ou continuation des phénomènes de l'étranglement malgré l'opération de J.-L. Petit.

D'aucuns formulent différemment et disent : toutes les fois que le taxis avec chloroformisation est inefficace, on peut pratiquer sans hésiter l'opération sans l'ouverture du sac. En somme, et en dépit de toutes ces discussions et de toutes ces controverses, on ne doit plus craindre maintenant d'ouvrir le sac, puisqu'on dispose de moyens éminemment propres à atténuer les dangereuses suites de l'opération, et qu'il est de la plus haute importance d'apprécier l'état de l'intestin, l'état de l'épiploon, et de reconnaître l'existence des liquides du sac, toujours septiques et souvent hémorrhagiques. Et cela est tellement vrai qu'il n'y a qu'un seul chirurgien à Paris qui en admette l'utilité dans une certaine mesure, c'est M. le professeur Gosselin. Et encore recommande-t-il de n'avoir recours à l'opération sans ouverture du sac, que lorsque le

taxis aura été infructueux et qu'on n'aura pas à craindre les lésions de l'intestin. Cette opinion, ai-je besoin de le faire remarquer, vient tout à fait à l'appui de l'idée que nous admettons, et qu'admettent la plupart des auteurs et des praticiens.

Comment appréciera-t-on l'état de gangrène plus ou moins avancée de l'intestin, si on ne peut le voir? Comment apprécier sa couleur, cette couleur feuille morte, ou rougeâtre ou noirâtre? Est-il peu coloré, l'est-il beaucoup? Présente-t-il quelques modifications dans la vitalité de son tissu? Autant de questions, auxquelles les partisans peu nombreux de l'opération sans ouverture du sac ne pourront répondre. Et cependant on ne saurait nier que c'est là au point de vue du malade la chose capitale, essentielle.

Quant aux liquides septiques que peut contenir le sac, je me rappellerai toujours la pratique sur ce point de M. Lucas-Championnière. Il opérait une hernie étranglée, j'avais l'honneur d'assister à son opération. Après avoir ouvert le sac, il lava à plusieurs reprises la cavité avec la solution forte, de façon à ce que tous les liquides hémorrhagiques ou septiques pussent être éliminés, neutralisés ou détruits.

Le débridement, n'ayant aucun point connexe avec le pansement de Lister, ne saurait m'arrêter longtemps. Qu'il me suffise de dire que le peu d'expérience que j'ai acquise pendant le cours de mes études me fait donner la préférence aux débridements multiples et peu profonds. J'arrive maintenant à la conduite à tenir envers l'épiploon.

Paragraphe III. — La conduite à tenir envers l'épiploon est à peu près aujourd'hui définitivement fixée. Il est inutile et parfois dangereux de le réduire. Certains chirurgiens amènent au dehors l'épiploon sain, l'abandonnent à lui-même, le laissent suppurer. D'autres en font l'ablation et bien des moyens ont été recommandés pour cela. La méthode antiseptique ne pouvant accueillir favorablement la suppuration, enlève également l'épiploon, surtout lorsqu'il existe en grandes masses. Pour cela faire, elle se sert de ligatures au catgut, ligatures multiples, comprenant chacune une partie de la masse épiploïque et formant pédicule par leur réunion. La masse épiploïque est coupée au-dessus de la ligature, et le pédicule est réduit. On trouvera plus loin, avec de plus nombreux détails, une observation de John Chiene, sur une hernie épiploïque, radicalement guérie; quinze ligatures furent appliquées. Je parlerai plus loin, avec plus de développement, de ces ligatures au catgut, à l'article : *Pansement.*

Je ne puis mieux faire que de citer textuellement une observation de kélotomie de M. Lucas-Championnière. Je la cite à cet endroit parce que je n'ai pu me la procurer intégralement et qu'elle trouve ici naturellement sa place au sujet de la conduite à tenir envers l'épiploon. Il s'agit d'une hernie crurale gauche, étranglée, accompagnée d'une masse épiploïque plus grosse que le poing. « J'ai débridé, dit-il, réduit l'anse étranglée, j'ai divisé le pédicule épiploïque en sept faisceaux ; j'ai divisé toute la masse et repoussé dans l'anneau le pédicule. Après avoir réséqué tout le sac, j'ai suturé sur le collet du sac

en passant des fils d'argent profonds, et la malade a guéri. Je l'ai revue plusieurs mois après, elle avait éliminé un des fils de calgut, et elle avait été guérie au bout de trois semaines. »

Paragraphe IV. *Conduite à tenir envers l'intestin.* — J'ai cru devoir passer rapidement sur les trois premiers paragraphes de ce second chapitre parce que, à l'exception du second temps de l'opération, l'ouverture du sac, l'épiploon ne joue dans les hernies et leur traitement par la méthode antiseptique qu'un rôle moindre et surtout moins important que celui de l'intestin. C'est pourquoi dans le second paragraphe, je n'ai point mentionné l'ouverture limitée du sac, me proposant de discuter ici, et à propos de l'intestin, ce mode opératoire. En effet, si le chirurgien fait une petite ouverture ou une ouverture limitée, variable, non entière, c'est pour pouvoir apprécier l'état de l'intestin, je me propose donc de relier ces deux points ; ils me semblent unis l'un à l'autre et l'idée qui dirige le chirurgien en ouvrant le sac, cette même idée le conduit, le pousse à la recherche, à l'appréciation de l'anse intestinale herniée, deux modes opératoires qui au premier abord peuvent paraître distincts mais s'enchaînent et s'appellent mutuellement.

L'ouverture limitée du sac pour reconnaître le plus ou moins de vitalité du tissu intestinal est en quelque sorte la condamnation de la méthode de J.-L. Petit. A notre avis, mieux vaut ouvrir largement que de pratiquer une ponction pour l'évacuation des liquides, ou une incision de quelques

centimètres qui permet à peine de voir une partie très limitée du tube intestinal, et qui présente en outre cet inconvénient, bien autrement funeste, de ne pouvoir arriver jusqu'à la constriction, si, comme il arrive souvent, l'anse est étranglée et le siège même de l'étranglement inaccessible à l'œil ou au doigt de l'opérateur. Qui donc devra désormais être pour le chirurgien un guide sûr; si l'intestin est frappé de mortification, et que, je suppose, l'établissement d'un anus contre nature soit devenu une conséquence inévitable de l'étranglement.

Je comprends l'ouverture limitée du sac, et je l'admets, si elle doit faciliter la réduction, à condition toutefois que celle-ci présente quelques difficultés, et surtout si ces difficultés paraissent tenir à ce que l'agent de l'étranglement soit le collet et non l'anneau fibreux.

J'arrive à la réduction de l'intestin, et je me hâte de dire que tout va dépendre ici de la conduite du chirurgien, laquelle va dépendre de l'état de l'intestin. Les conditions de réduction faite à l'aide de la méthode antiseptique sont absolument identiques à celles de la kélotomie ordinaire, avec cette différence cependant que toutes les complications, et parmi elles la plus fréquente, la péritonite, est de beaucoup diminuée. La plupart des observations consignées dans ma thèse témoignent à cet égard avec une évidence, une clarté que nul ne pourra contredire.

Je n'ai pas la prétention de faire croire qu'avec le pansement de Lister, la péritonite doit être rayée du cadre des complications de la kélotomie, mais j'essaierai de démontrer qu'au lieu

d'être, comme autrefois, un fait exceptionnel, l'absence de péritonite, de complications graves deviendra, par la rigueur et le perfectionnement de la méthode antiseptique, le fait constant, la règle. On a dit et soutenu brillamment, avec raison, que la péritonite commence le plus souvent avant l'opération, d'où la nécessité d'une opération hâtive qui passe pour empêcher le développement de la phlegmasie du péritoine. Il est permis de répondre avec plus de vraisemblance et de raison que si l'opération faite de bonne heure prévient la péritonite, c'est parce que l'intestin n'est pas assez altéré pour produire celle-ci. Et j'arrive à la condamnation d'une doctrine soutenue et défendue avec éclat par un élève distingué de l'Ecole de Bordeaux; c'est la non réduction, j'ai nommé Marc Girard. M. Ledentu, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et chirurgien des hôpitaux, refute dans l'article « Hernies » du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, les conclusions trop absolues, trop rigoureuses du travail de Marc Girard : « Que l'auteur de ce travail ait exagéré le conseil déjà donné par d'autres chirurgiens, de ne pas réduire toutes les fois que l'intestin, sans être encore ni perforé ni gangrené, est épaissi et infiltré de sang, je le comprends ; mais qu'il se soit cru autorisé à proscrire entièrement la réduction, même d'une anse intestinale simplement congestionnée ou offrant une teinte ecchymotique, voilà où je trouve qu'il est allé plus loin que lui permettaient les observations contenues dans sa thèse. L'argumentation de Girard s'appuie surtout sur la fréquence de la péritonite à la suite de la kélotomie ; mais rien n'autorise à penser que la pé-

ritonite soit toujours due à la réduction ». La méthode antiseptique démontre par l'observation qu'un intestin gangrené peut être suturé par une ligature au catgut, réuni dans la cavité abdominale, et que le malade guérit parfaitement. Je renvoie à l'observation consignée dans ma thèse et reproduite dans celle de M. le docteur Larivière (Paris, 1879). Je me contenterai de reproduire ici les réflexions dont M. Panas accompagne la publication de ce cas : « L'étranglement crural remontait à 6 jours. L'anse intestinale était perforée et ulcérée à son sommet. Une ligature perdue au catgut nous permit de fermer le trou de l'intestin, et de le replacer dans le ventre. Le malade qui, au moment de l'opération, était froid et cyanosé, se rétablit complètement, sans fièvre, sans péritonite et sans accidents ultérieurs. »

Ces réflexions se passent de commentaires.

Nous avons laissé l'opérateur ayant largement ouvert le sac, purgé de tous les produits inflammatoires et hémorrhagiques qu'il contenait; il aperçoit l'intestin, quelle conduite à tenir? Est-il sain? on peut, on doit le réduire. Est-il altéré? il faut s'en abstenir. L'anse intestinale herniée n'est jamais complètement saine, elle présente au moins à sa surface et à la partie qui correspondait à l'anneau de l'étranglement une vascularisation plus grande de ses parois, un état congestif plus marqué. Pour bien constater ces différents états, et pour ne pas opérer en aveugle, il est bon de tirer un peu au dehors l'intestin ou la partie d'intestin que l'on suppose lésée, et d'examiner avec le plus grand soin les phénomènes qui se passent à ce niveau.

Les altérations qu'un observateur attentif ne doit pas laisser échapper et dont il doit tenir grand compte sont : les petits épanchements interstitiels, les plaques granulo-graisseuses ou purulentes, les fausses membranes, les érosions auxquelles donne naissance le contact plus ou moins prolongé de l'intestin et de l'anneau constricteur, les perforations le plus souvent consécutives aux érosions, et enfin la gangrène.

Quels sont les signes qui permettront de reconnaître le bon ou le mauvais état de l'intestin hernié? L'anse intestinale suspecte est généralement noirâtre, épaissie, dépolie, et quelquefois sans qu'on y voie ni eschare, ni perforation. L'aspect caractéristique de feuille morte est le signe certain que le tissu intestinal ne vit plus, d'où la gangrène à courte échéance.

Dans le cas où l'intestin est simplement épaissi et dépoli, il est prudent de s'assurer si la vitalité, quoique amoindrie, existe encore, et pour cela les chirurgiens emploient divers procédés : M. Després, chirurgien de la Charité, lave l'intestin avec de l'eau chaude ordinaire. Si ce contact exagère les mouvements péristaltiques de l'intestin, ce dont il est facile de se rendre compte, on peut le réduire, mais M. Lucas-Championnière conseille au préalable de laver soigneusement l'anse à l'eau phéniquée faible $^1/_{10}$, avant de la repousser dans le ventre. M. Terrier, chirurgien distingué des hôpitaux de Paris, se contente d'essuyer très doucement la partie d'intestin herniée qu'il a tirée au dehors, avec un linge fin, très propre et un peu tiède. J'ajoute qu'il est sans inconvénient qu'une certaine quantité d'acide phénique ou de solution phéniquée pénètre dans la cavité

abdominale, et il n'y a là aucune crainte, aucun danger.

Si maintenant il existe une perforation, celle-ci se traduit généralement par un suintement de liquide intestinal ou de matières stercorales, dont l'odeur est très-caractéristique. Que faire alors ? La suture de l'intestin. J'ai indiqué plus haut l'observation de M. Panas et j'ai cité ses réflexions; il est inutile d'y revenir. Cependant il ne faut jamais craindre qu'une ligature perdue au catgut et jetée ainsi dans la cavité abdominale puisse avoir des inconvénients et amener quelques désordres, ces craintes sont chimériques, et l'observation de chaque jour le démontre surabondamment. La résorption du catgut, sur laquelle j'insisterai bientôt, est un fait acquis et approuvé par tous les chirurgiens.

J'ai hâte d'arriver au cas où la gangrène a envahi, sous l'influence de l'effort constricteur, la totalité ou la presque totalité de l'anse herniée. Tout le public médical a présente à l'esprit la magnifique observation de Koberlé (de Strasbourg) dans laquelle il est relaté que cet illustre chirurgien a réséqué plus d'un mètre d'intestin et que le malade a parfaitement guéri.

J'ai assisté, il y a quelques jours à peine, dans le service de M. le professeur Lanelongue, à l'ablation d'une tumeur abdominale à pédicule mésentérique. L'éminent professeur n'hésita point à réséquer sept à huit centimètres d'intestin, mais le malade, dont je regrette fort de n'avoir pu me procurer la complète observation, mourut quelques instants après l'opération. Sa mort doit être attribuée à l'influence, trop prolongée, du chloroforme.

Le pansement antiseptique a donc permis à tous de tenter aujourd'hui ces grandes opérations sur le péritoine et l'intestin, et c'est, entre tous, le service le plus incontesté qu'il aura rendu à la chirurgie moderne, non-seulement à cause du peu de réaction inflammatoire au niveau des tissus lésés, soit spontanément, soit chirurgicalement, mais encore et surtout par la réparation rapide et régulière des tissus intéressés. Nous venons de voir, de constater cette absence ou cette diminution considérable de phlegmasie péritonéale et intestinale, nous étudierons tout à l'heure, après avoir parlé dans un paragraphe spécial de l'excision du sac et de la cure radicale, nous étudierons, dis-je, avec tous les détails que comporte le sujet principal de ce modeste travail, la question du *pansement.*

Paragraphe V. *De l'excision du sac.* — La cure radicale de la hernie par l'excision du sac a été complètement abandonnée par nos prédécesseurs. C'est aux chirurgiens de nos jours qu'appartient l'honneur d'avoir remis cette question à l'ordre du jour, et de l'avoir résolue pratiquement.

Depuis des siècles, l'esprit inventif des chirurgiens anciens a essayé d'une multitude de procédés, qui ne font que témoigner de l'impuissance de leurs tentatives. Avec la méthode antiseptique, la cure radicale va reprendre son rang. Un des premiers et des plus brillants résultats a été celui du docteur Chiene, qui a exécuté la cure radicale pour d'immenses hernies épiploïques. Communication a été donnée de ces faits au Journal de médecine et de chirurgie pratiques, article 10 380, décembre 1876.

J'ai parlé plus haut, à propos de la conduite à tenir envers l'épiploon, d'une observation du docteur Chiene, d'Edimbourg, que l'on trouve dans ma thèse, aux « hernies épiploïques, à pédiculisation multiple, et résection d'épiploon. »

Le docteur Chiene fait à juste titre remarquer, à la suite de son observation, que le pansement de Lister permet de faire aujourd'hui pour les hernies irréductibles ce qui était dangereux autrefois. Et même, ajoute-t-il, si un opérateur ne pouvait réussir au détachement d'un intestin adhérent, il n'y aurait aucun inconvénient à découvrir *antiseptiquement* les parties pour déterminer l'opportunité opératoire.

Plus tard, M. Chiene a, dans une communication particulière adressée au Journal de médecine et de chirurgie pratiques, bien voulu apprendre qu'il a eu l'occasion d'opérer une hernie dans des conditions analogues : résection de l'épiploon, excision, suture des parois du sac ; il a obtenu le même résultat parfait, une guérison radicale.

M. Lucas-Championnière indique, dans sa *chirurgie antiseptique,* les différents temps dont se compose la cure radicale : « Incision du sac ; subdivision du pédicule de la masse épiploïque en petits faisceaux liés avec du catgut ; excision de la masse épiploïque au-dessous du catgut. Cela fait, on réduit les pédicules épiploïques. On résèque toute l'étendue du sac ; on réunit le collet par des sutures profondes de catgut au voisinage de l'anneau, puis on fait les sutures superficielles d'argent et on draine comme pour une hernie étranglée. »

Certaines statistiques de cure radicale des hernies ont été

données et l'on pourra les consulter avec fruit dans la *Revue médicale de la suisse romande* du 15 mars 1881. Tilanus, d'Amsterdam, a montré aussi que la cure radicale pratiquée même avec la méthode antiseptique n'est pas absolument innocente; il recommande l'excision du sac, la suture des parties profondes au niveau du collet, et une suture superficielle. Et une remarque suit, sur laquelle il insiste tout particulièrement : c'est le port d'un bandage. Une seule fois il essaya de ne point faire porter de bandage et une récidive s'ensuivit.

Le conseil que donne M. Lucas-Championnière et les résultats de sa pratique nous paraissent devoir être pris en sérieuse considération. Il fait sur l'anneau une sorte de scarification, des incisions multiples et ceci, dit-il, combiné avec l'excision la plus complète du sac, permet une bonne suture profonde et l'affrontement de véritables surfaces cruentées. Le drainage doit être fait mais promptement supprimé.

Paragraphe VI. *Pansement.* — Dans ce paragraphe qui me paraît des plus importants, eu égard au nombre et à la valeur des points que je me propose de développer, je diviserai le pansement :

1° Pièces du pansement;

2° Drains et sutures;

3° Pulvérisation.

1° *Pièces du Pansement.* — La première pièce est un morceau de *protective* qu'on a soin de tremper dans la solution phéniquée faible pour le débarrasser des principes septiques,

des organismes infectieux que sa surface pourrait retenir. Ce morceau est taillé suivant la longueur de l'incision de telle sorte qu'il la couvre entièrement, la dépasse même des deux bouts, mais fort peu pour permettre aux liquides que la plaie pourrait laisser s'écouler, d'arriver le plus rapidement possible au contact de la gaze antiseptique.

Je dois dire, à propos de la seconde pièce du pansement, que je l'ai rarement vue appliquer dans les services hospitaliers. Elle se compose de quelques feuilles de gaze antiseptique, que l'on mouille dans une solution faible, que l'on applique directement sur le protective. La précaution de mouiller cette gaze est nécessaire quoiqu'elle soit antiseptique, parce que la gaze cède lentement à l'air l'acide phénique et qu'il pourrait se faire que pendant son exposition à l'air cette gaze ait pu s'imprégner de germes.

J'ai suivi dans les hôpitaux un certain nombre de services de chirurgie, et j'avoue n'avoir jamais constaté sur une plaie l'existence de cette seconde pièce. Immédiatement au-dessus du protective et le recouvrant, venait, non point la seconde, mais la troisième pièce du pansement : les huit feuilles de gaze superposées, que l'on trempe dans une solution phéniquée faible pour en débarrasser la surface des organismes sans nombre dont cette gaze s'est recouverte au contact de l'air.

Entre la septième et la huitième feuille, se place une toile imperméable, une sorte de taffetas que les Anglais appellent Mackintosh et dont la surface lisse est tournée vers la plaie. On a généralement l'habitude, nuisible à notre avis, d'apporter

dans ce temps du pansement une légère modification qui consiste à ne pas placer l'imperméable entre la septième et la huitième feuille de gaze, mais bien à en recouvrir toute la gaze, après l'avoir au préalable trempée dans une solution phéniquée.

Il y a là un inconvénient qu'il suffit de signaler pour en faire saisir les conséquences : l'imperméable appliqué de cette dernière façon ne forme pas avec la gaze un tout aussi complet, aussi uni que s'il fait corps avec elle. Dans le premier cas, l'on a des godets, le pansement bâille, l'air s'infiltre par ces ouvertures jusqu'à la plaie et y détermine des accidents de septicémie que souvent on aurait pu éviter.

La quatrième pièce du pansement se compose de bandes faites de la gaze antiseptique : celles-ci présentent sur les bandes qu'on emploie généralement à l'hôpital et en ville l'avantage précieux de ne pas glisser; la contention est mieux faite, mieux assurée; elles font le pansement plus solide, plus résistant.

Les pièces du pansement de Lister sont identiquement les mêmes pour toutes les régions du corps. Cependant il est sujet à des modifications, selon les cas. Il est certain qu'on ne peut pas panser la région de l'aisselle, ou celle du pli de l'aine, comme s'il s'agissait de la région antérieure de l'avant-bras, de la cuisse ou de la jambe. Il importe donc de combler par de la gaze les vides où l'air pourrait s'engouffrer, et pour la kélotomie en particulier, pour toutes les lésions du pli de l'aine, l'application du pansement recevra les quelques modifications

que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire qu'après avoir placé les différentes pièces du pansement on fera disparaître les godets en les bourrant d'ouate simple ou antiseptique. Et le professeur Lister emploie, quand l'application correcte du pansement est impossible, un *lint* ou linge poreux de coton imbibé d'acide borique.

Disons en passant que le pansement de Lister n'est pas un pansement rare, qu'il faut le changer, au début souvent, plus tard, plus rarement. L'abondance de l'écoulement doit surtout guider pour le lever. Si par hasard il avait quelque odeur, il faut se tenir en défiance, car un pansement ne doit jamais avoir d'odeur.

2° *Drains et sutures.* — Un rôle capital dans le pansement phéniqué doit être attribué au drainage. Les liquides doivent toujours, et de tous les points, s'écouler facilement au dehors. M. Lister pratique d'abord la réunion immédiate de la plaie, mais laisse en plusieurs points une ouverture assez étroite, dans laquelle il place les drains.

Trois modes principaux de drainage sont actuellement usités: le tube de caoutchouc perforé de Chassaignac, le catgut enseigné et mis en pratique par le docteur Chiene, d'Edimbourg, et le crin de cheval proposé par M. White et adopté par Lister.

Il est utile de dire d'abord que toutes les plaies qui auront été en contact avec un antiseptique quelconque, acide phénique ou chlorure de zinc, laisseront s'écouler une grande quantité de liquide. Il faut donc s'attendre dans les vingt-quatre premières heures à trouver dans le pansement une abondante sérosité.

Le but à atteindre est de faciliter l'écoulement de cette sérosité. Le professeur Lister procède ainsi : Il place dans la plaie, et debout, allant de la surface de la plaie à la profondeur, un ou plusieurs drains. Il fait un canal chargé de conduire les liquides de la profondeur de la plaie à la surface. Et chaque jour il relève ce ou ces drains, les nettoie avec soin dans une solution faible $^1/_{20}$, les diminue de longueur pour permettre aux parties profondes de se réunir au-dessous d'eux.

Il importe que dans la plaie le tube soit bien placé, qu'il en soit pas trop gros, qu'il ne fasse aucun coude, qu'il ne soit point étranglé par quelque point de suture. Et pour arriver surtout à ce dernier résultat, il est sage de ne placer le tube dans la plaie que lorsqu'il reste encore quelques points de suture à faire.

Le drainage au catgut a été imaginé par le docteur Chiene, d'Edimbourg. Il consiste à placer dans une plaie, au lieu d'un drain, une certaine quantité de crins de catgut, qui présentent cet immense avantage de ne jamais être changés. Le catgut se résorbe au fur et à mesure qu'avance le travail de réparation, il aide même à ce travail. Le liquide s'écoule alors par capillarité le long des crins de catgut.

Un inconvénient de ce mode de drainage, signalé par M. Lucas-Championnière est le suivant : c'est que le catgut, au contact du liquide, se gonfle et vient boucher l'orifice d'écoulement, s'il est un peu étroit. Quoi qu'il en soit, au point de vue de la rapidité de la réunion, ce drainage présente de grands avantages.

Le meilleur, celui dont l'emploi est de beaucoup le plus facile, est le drainage par les crins de cheval, imaginé par White, de Nothingham général infirmary, et adopté par Lister. On prend une certaine quantité de crins de cheval que l'on réunit en faisceau, et qu'on laisse tremper un certain temps dans une solution forte d'acide phénique. A leurs deux extrémités, ces crins sont réunis par quelques tours d'un crin bien serré. Puis on place ce faisceau dans la plaie, absolument comme les autres drains. Il a le précieux avantage de pouvoir être diminué de volume, au gré de l'opérateur, et pour cela il suffit de tirer au dehors quelques crins. Les liquides filtrent par capillarité. Il présente sur les autres modes de drainage, et surtout sur les tubes de Chassaignac, cet avantage de pouvoir être appliqué et maintenu dans toutes les positions, avec ou sans coude, peu importe. De plus, les tubes de caoutchouc répandent toujours une odeur que ne sauraient leur enlever les liquides aseptiques dans lesquels ils sont plongés.

Quelques autres précautions restent à prendre pour assurer et favoriser l'écoulement des liquides. Pour l'opération de la kélotomie par exemple, nous recommanderions de donner au malade une position telle que le tronc soit moins élevé que la tête et plus élevé que les membres inférieurs. Toutes les fois qu'on panse un malade, ne jamais négliger de s'assurer si l'écoulement va bien, en pressant doucement sur les lèvres de la plaie.

La suture et la réunion des plaies donnent, avec la méthode antiseptique, les meilleurs résultats. On pourra facilement s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur le chapitre des obser-

vations. Et quand les sutures superficielles ne peuvent être rapprochées que difficilement, la suture profonde aide singulièrement à la réparation. M. Lister emploie très-souvent le crin de cheval. La soie phéniquée rend également des services. Le catgut est aussi un excellent moyen de suture. Mais nous avons signalé plus haut le léger inconvénient de ce procédé : il gonfle très-rapidement, vient ulcérer l'orifice de son passage et empêche ainsi le liquide de passer le long du fil.

Voici comment M. Lister recommande de pratiquer la suture profonde : « Il prend une aiguille enfilée de fil d'argent de gros calibre, et la plantant à une certaine distance des lèvres de la plaie, il la fait pénétrer profondément jusqu'au fond de la solution de continuité. Il la fait ensuite cheminer en sens inverse, de l'autre côté de la plaie, et ressortir à une certaine distance. Puis il applique aux deux extrémités de ce fil deux plaques de plomb qui le maintiennent en place, si l'on a fait un ou deux tours de la plaque. Le placement de la première plaque est plus facile que celui de la seconde. Pour bien serrer celle-ci, il faut soutenir vigoureusement les lèvres de la plaie qui tendent à s'écarter. On arrive quelquefois à rapprocher ainsi des parties fort éloignées dont, au premier abord, la réunion eût paru devoir être tout à fait impossible. »

Le drainage, avec la suture profonde, doit attirer toute l'attention du chirurgien. On comprend qu'avec un mauvais drainage une barrière s'opposerait ainsi à l'écoulement des liquides, d'où la nécessité de n'employer la suture profonde que lorsqu'elle est nettement indiquée.

J'ai vu, tant dans les hôpitaux de Paris, qu'à l'hôpital Saint-André, employer toujours le fil de soie ou le crin pour la suture superficielle, et toujours les lèvres de la plaie étaient parfaitement réunies. Souvent il peut arriver que l'opérateur serre un peu le crin, avec la soie cela constituerait un inconvénient et il pourrait y avoir un étranglement dans certaines parties des lèvres de la plaie qui s'enflammerait et suppurerait, avec le crin aucun danger. En vertu de son élasticité, il cède doucement sans efforts, sans déchirures, sans contrictions jusqu'à ce que, le travail de réparation aidant, les bords de la plaie soient convenablement affrontés.

3° *Pulvérisation.* — La pulvérisation consiste à entourer, à envelopper la région à opérer d'un nuage d'acide phénique pulvérisé. Le but de cette pulvérisation est de diminuer le nombre des produits infectieux contenus dans l'atmosphère, et pas du tout d'agir sur la plaie. Au contraire, il arrive souvent que le contact de l'acide phénique finement pulvérisé irrite les téguments au bout d'un certain temps et amène dans les doigts et les mouvements de l'opérateur une certaine gêne. Chacun a pu remarquer ce fait.

Dans les services hospitaliers, la pulvérisation acquiert une importance extrême, à cause des germes nombreux fournis tant par l'impureté de l'air que par l'éclosion d'organismes infectieux dus à la présence des plaies. A la campagne, l'air a une pureté plus grande, et j'ai relaté et bien fait remarquer dans mes observations certains cas de hernie étranglée qu'on avait opérés en dehors des milieux urbains, sans pulvérisation,

et qui avaient parfaitement guéri. Cependant mieux vaut s'entourer de trop de précautions, surtout pour les opérations que l'on est appelé à pratiquer sur le péritoine et l'intestin. La présence d'un pulvérisateur ne doit pas être considérée comme une règle absolue, puisque l'on verra plus loin d'autres observations dans lesquelles les opérateurs n'avaient à leur disposition aucun appareil de ce genre, et cependant le succès a couronné leur entreprise.

Paragraphe VII. *Accidents du pansement de Lister.* — Comme toutes les grandes découvertes scientifiques, comme tous les succès, la méthode antiseptique a rencontré des contradicteurs, des adversaires déclarés. Elle avait à peine pris naissance que déjà on refusait à M. Lister le mérite de l'avoir formulée. Il est vraiment curieux de lire, dans la Lancet de 1870 à 1875, toutes les aménités scientifiques qui ont été dites à cette occasion. L'article le plus curieux et que je signale, après M. Lucas-Championnière, est celui de M. Simpson (Lancet-1867).

Parmi toutes ces criailleries, toutes ces objections qui témoignent le plus souvent de la valeur et de la haute portée d'une méthode, il y a quelques arguments sérieux, qui valent la peine d'être discutés, sérieusement examinés, mais qui, je me hâte de le dire, n'altèrent en rien le côté vrai, le côté pratique et vraiment salutaire de la méthode antiseptique.

La première objection, celle qui paraît reposer sur des bases plus solides, consiste dans l'irritation de la peau, produite par le contact de l'acide phénique. On a dit : l'acide phénique est

irritant, il détermine de la rougeur, de l'inflammation, provoque de l'érythème, un érythème spécial auquel on a donné le nom d'érythème phéniqué. J'avoue en toute sincérité avoir rencontré très souvent, dans les services de chirurgie, avoir pansé moi-même des plaies dont les lèvres et le pourtour n'étaient pas sans inflammation, sans érythème, j'ai noté ces cas, je les ai étudiés et ma conclusion est la suivante : L'acide phénique est un caustique, il imbibe, il use les lamelles épidermiques, oui, cela est exact; mais dire que ce même acide phénique provoque une inflammation étendue des lèvres et des parties avoisinantes de la plaie, irrite celle-ci et l'enflamme, c'est ici que le reproche n'est pas fondé. C'est que les préceptes de la méthode sont formels : il est absolument contre-indiqué de laisser l'acide phénique en contact permanent avec la peau, et jamais pour ma part, je n'ai rencontré une inflammation, une irritation, si légère fût-elle, quand l'acide phénique n'avait eu avec la peau qu'un contact temporaire. Je n'en veux pour preuve que ce fait : dans la kélotomie, vous lavez l'intestin, vous lavez le péritoine, et ce sont des tissus sensibles, et d'où vient qu'on ne constate alors aucun phénomène inflammatoire ? Si l'acide phénique pouvait occasionner, déterminer quelque réaction inflammatoire, il n'aurait plus sa raison d'être, disparaîtrait bientôt comme n'ayant pas atteint le but qu'il se propose : diminution d'inflammation. C'est donc, non pas au pansement, mais à ceux qui l'exécutent mal qu'il faut attribuer la production de ces accidents.

Loin de moi la pensée de nier la causticité, l'odeur désagréa-

ble de l'acide phénique qui imprègne les mains et les vêtements du chirurgien. On arrivera, je l'espère, à trouver pour les mains et pour les habits une substance quelconque qui fera disparaître cette mauvaise odeur. Souvent, et particulièrement, chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux, chez tous ceux dont la santé n'est pas florissante et prospère, il se produit une sorte d'eczéma. Mais il est extrêmement facile d'y remédier en pratiquant quelques petites frictions avec l'acide borique. J'ai vu souvent, et deux fois en particulier, dans deux cas de kélotomie, cet eczéma se produire au pourtour des lèvres de la plaie, et je l'ai vu très rapidement disparaître par les onctions à l'acide borique dont je viens de parler.

Un autre accident signalé par la plupart de ceux qui souvent ont fait usage de l'acide phénique est l'empoisonnement par cet acide. Il est certain que comme toutes les substances qui agissent rapidement, l'acide phénique présente des inconvénients qu'il est bon de connaître, et son emploi demande à être surveillé. Nous croyons qu'il est prudent, dans le cas où l'on verrait chez un opéré persister de l'urine noire, se produire du dégoût, de la gastralgie, une céphalalgie persistante, il est prudent, disons-nous, de diminuer les doses ou de supprimer l'acide phénique.

Demarquay, le chirugien distingué de la Maison Dubois, a accusé ce pansement de favoriser les hemorrhagies. Il est absolument vrai que l'acide phénique, loin d'arrêter l'écoulement de sang, le favorise. Mais il est facile de faire tel nombre de ligatures qu'il paraîtra convenable, et on se trouve ainsi pré-

muni contre tout danger relatif aux hémorrhagies secondaires.

M. Lucas-Championnière cite une observation, ou rapporte un cas dans lequel il eut une hémorrhagie prochaine, rapide, après huit heures. Le pansement fut aussitôt enlevé, et il fut facile à M. Lucas d'arrêter cet écoulement de sang en liant une artériole que par mégarde il avait oubliée.

Tels sont les principaux griefs qu'on a formulés contre la méthode antiseptique. Sont-ils vraiment de nature à faire cesser l'application d'un pansement dont les résultats sont si palpables, si brillants, si immédiats ? C'est surtout à l'hôpital que l'application en est nécessaire, indispensable même, c'est à l'hôpital qu'on peut mettre à nu le péritoine et l'intestin, sans souci de l'encombrement et même de la contamination des milieux.

CHAPITRE III

Importance de la durée de l'étranglement et des phénomènes cliniques.

Avant d'aborder le chapitre des résultats et des observations, nous dirons quelques mots, sans grands développements, puisque ce n'est pas le but de notre travail et que cette question vient ici d'une façon un peu incidente, nous parlerons de la durée de l'étranglement, des phénomènes cliniques qui accompagnent celui-ci, de leur importance au point de vue de l'intervention.

Le professeur Gosselin a eu l'honneur de lire à l'Académie de médecine, en octobre 1859, les résultats qu'il avait obtenus dans le traitement de 85 hernies étranglées. On trouvera cette savante note dans les Archives générales de médecine (février 1861). L'éminent professeur de la Charité a tenu bonne note du moment, aussi bien précisé que peuvent l'indiquer les malades, du moment où les accidents avaient commencé, et il met en parallèle le résultat de l'opération avec ce qu'on peut appeler l'âge de l'étranglement.

Réunissons les hernies inguinales et crurales. Sur 22 opérations faites avant 50 heures d'étranglement, il a eu 17 guérisons, 5 morts; et sur 28 opérations faites après 50 heures d'étranglement, il a eu 15 guérisons et 13 morts.

Ces chiffres confirment ce fait admis par tous les chirurgiens, que plus on s'éloigne du début des accidents, plus la maladie

est grave, plus les chances de mort augmentent : d'où cette indication formelle sur laquelle M. le professeur Gosselin insiste de plus en plus, ne pas trop attendre.

C'est donc l'ancienneté plus ou moins grande de l'étranglement qui peut, jusqu'à un certain point, rendre compte de la diflérence entre les bons et les mauvais résultats. L'étranglement herniaire a donc d'autant plus de chances de se terminer par la mort, qu'il est plus ancien : d'où cette conséquence, absolument en harmonie avec les chiffres dressés plus haut par M. Gosselin, qu'il importe de le laisser durer le moins de temps possible.

On voit quelle importance a pour le chirurgien, au point de vue de la décision à prendre, la durée de l'étranglement. Les phénomènes cliniques concomittants nous paraissent également de nature à peser sur la détermination de l'opérateur. On verra par la suite, au chapitre des observations, quelle valeur possèdent certains symptômes, à tel point que leur apparition est presque toujours suivie de l'opération. Il est quelquefois difficile de faire le diagnostic d'étranglement herniaire, au début par exemple, alors que les phénomènes ne sont point encore bien nettement accusés, il est à peu près impossible de savoir si l'on a affaire à un étranglement modéré, par exemple, ou à une inflammation herniaire.

Ces symptômes communs sont les suivants : du côté de la tumeur, l'irréductibilité, la dureté, la douleur provoquée ou spontanée; du côté du ventre, des coliques avec irradiations dans tout l'abdomen, des nausées, des vomissements, des

éructations, de la constipation par arrêt des matières.

Du côté du système nerveux, parfois état fébrile au début, plus souvent affaiblissement et irrégularité du pouls, anxiété, et dans les formes graves, refroidissement, cyanose.

En réalité, les phénomènes cliniques qui se rattachent à n'importe quelle forme d'accidents herniaires sont l'irréductibilité de la tumeur, la suppression des selles, les douleurs abdominales accompagnées ou non de nausées et de vomissements. Il y a donc lieu, en présence de tels symptômes, de pratiquer la kélotomie, ce sont là les phénomènes qui doivent guider le chirurgien; s'il les apprécie et sait les interpréter, son intervention ne sera jamais intempestive et toujours très justifiée.

Et c'est ici que le pansement de Lister, alors que l'intestin est altéré, perforé même (observation de M. Panas), est un puissant auxiliaire, en diminuant les chances de mort, en éloignant les redoutables complications, en réparant promptement et sûrement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hernie crurale droite. Etranglement. Kélotomie. Pansement de Lister. Guérison. (Due à l'amabilité de M. le docteur Monod, chef de clinique chirurgicale.)

Carré (Anna), 45 ans, cuisinière, est entrée le 16 février 1877, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marthe, service de M. Panas.

Cette femme, d'une bonne constitution, portait une hernie droite survenue à la suite d'un effort depuis six ans. D'abord petite, elle acquit bientôt le volume d'un œuf de pigeon, elle se décida alors à porter un bandage qu'elle gardait constamment.

Il y a 3 ans, à la suite d'une vive contrariété, la tumeur augmenta de volume; il survint des nausées, on fit des tentatives de taxis inutiles; la malade se mit au lit, on lui recommanda de rester dans une position déclive, le bassin un peu relevé. Une heure après, tous les accidents avaient disparu.

Il y a deux jours, le mercredi 14, la malade avait mangé plus que d'habitude dans la journée. Le soir, à 8 heures, subitement, surviennent des coliques vives, des nausées; la malade s'aperçoit que la tumeur a doublé de volume et qu'elle est devenue très douloureuse. Tentatives de taxis inutiles; elles sont peu prolongées.

Le lendemain, vomissements bilieux. Abattement profond. Vives douleurs au niveau de la tumeur.

Insomnie dans la nuit du jeudi à vendredi. Les vomissements continuent. La malade n'a rendu ni gaz, ni matières par l'anus depuis mercredi soir.

Elle entre à l'hôpital le 16, à 1 heure de l'après-midi. La malade est dans un état d'abattement profond. Le pouls est petit. Il n'y a pas de refroidissement des extrémités. Ventre un peu ballonné, médiocrement douloureux à la pression. Nausées continuelles, suivies de vomissements qui ne sont pas franchement fécaloïdes

La tumeur, du volume du poing, est située au-dessus de l'arcade crurale. Son grand diamètre est parallèle à cette arcade.

M. Panas arrive auprès de la malade à 5 heures, 46 heures après le début des accidents. La malade est endormie. Après une tentative infructueuse de taxis qu'il n'a pas prolongée au-delà de 1 minute, il se décide à opérer. Une incision est faite dans le grand axe de la tumeur. Le sac qui ne renfermait pas de liquide étant ouvert, on arrive sur une grosse masse épiploïque qui est reséquée après ligature au catgut. Au fond du sac, cachée sous cette masse, se trouve une anse intestinale étranglée. Le doigt introduit permet de reconnaître que l'étranglement a lieu au niveau d'un orifice du fascia crebriformis. On débride directement en bas, pas d'hémorrhagie. L'intestin attiré au dehors a une apparence normale ; on distingue seulement un cercle légèrement blanchâtre au niveau de la constriction. On le réduit. Le doigt introduit dans la plaie après le débridement sent battre l'artère fémorale, sous la pulpe, en haut et en dehors. La plaie est réunie par quelques points de suture. On laisse un drain dans l'angle interne. Pansement de Lister.

16 février, soir. T. 37, 2.

17 février, matin. Nuit bonne, état somnolent continu. T. 38, 5. La malade a rendu des gaz en abondance ; pas de selle : elle a uriné ; changement du pansement. Pas l'ombre d'inflammation. Aucun écoulement à la surface de la plaie.

18 février. Nuit un peu agitée. Coliques. Selle abondante après un lavement. Le pansement ne répand aucune odeur. On le laisse en place.

19 février. Malade prend un peu de bouillon. *Pansement.* Pas trace de suppuration, ni d'inflammation périphérique.

21 février. Pas d'odeur au pansement.

24 février. Le pansement commence à avoir de l'odeur. On le change. On trouve une rougeur assez vive autour de la plaie avec quelques phlyctènes ; c'est dû à la cautérisation légère produite par l'acide phénique. Il n'y a pas de réunion de la plaie, bien que les bords ne soient pas enflammés. Par l'angle externe il s'écoule en assez grande abondance un liquide roussâtre, épais, filant, ressemblant à une véritable membrane fibrineuse. Après examen, c'est vraisemblablement du sang épanché dans le sac,

coagulé et modifié dans son aspect par l'action de l'acide phénique. Il se mêle au liquide des filaments d'épiploon. Il sort aussi quelques gouttes de pus, et des gouttelettes huileuses.

25 février. On renouvelle le pansement en présence de M. Lucas-Championnière, il enlève deux points de suture. Il sort de la poche du pus en abondance. Les drains sont retirés, lavés et remis en place.

26 février. Changement du pansement. Presque pas de suppuration; on lave les drains.

28 février. En pressant sur le sac, on fait sortir du pus bien lié.

2 mars. Pansement. Lavage des tubes qui renferment du pus concret.

5 mars. Pansement. Un peu de pus concret dans les tubes. Toute la plaie est réunie par première intention, à l'exception des deux angles qui livrent passage aux tubes. En pressant sur le sac, on fait sortir par ces deux orifices une goutte de pus épais. Aucune rougeur périphérique.

10 mars. Pansement.

15 mars. Suppression des tubes et du pansement de Lister. On panse tous les deux jours les deux points de la plaie non encore réunis avec de la glycérine phéniquée.

13 avril. Malade sort, elle a recommencé à marcher avec son bandage. Il ne reste de la plaie qu'une petite cicatrice linéaire. Un seul petit point rougeâtre, non encore cicatrisé, indique l'orifice externe du drain.

OBSERVATION II

Hernie inguinale gauche. Etranglement. Kélotomie. Guérison. Pansement de Lister.
(Due à l'obligeance de M. le docteur Baudrimont, chirurgien des hôpitaux.)

X.., gabarrier, 61 ans, porte depuis dix ans une hernie inguinale gauche réductible, qu'il maintient habituellement par un bandage.

Le 20 septembre 1881, en travaillant, X.... sent sa hernie sortir tout à coup. Ses efforts pour la faire rentrer restent sans résultats. Un médecin appelé tente le taxis pendant une demi-heure et n'obtient rien. Une seconde tentative de même durée a lieu dans la soirée, et pendant la nuit le malade essaye à plusieurs reprises de réduire sa hernie. Il se décide à entrer le matin à l'hôpital.

21 septembre. Examen: le scrotum est rouge, congestionné probablement par les tentatives de taxis, la hernie a le volume du poing, elle donne à la pression une résistance assez grande et uniforme. La percussion donne un son mat sur tous ses points, excepté en haut et en avant. Ventre souple, sans douleur. Etat général bon. Quelques vomissements bilieux.

Le soir, à trois heures, l'état est le même que le matin, mais les vomissements sont devenus fécaloïdes, le pouls est petit, l'opération est décidée et faite de suite. On s'entoure de toutes les précautions de la méthode antiseptique de Lister.

Ouverture du sac. Grande quantité de liquide sanguinolent, et anse relativement petite d'intestin. L'étranglement est produit par le collet du sac et non par l'anneau. Débridements multiples. La réduction de l'intestin, qui est congestionné, mais sain, est faite.

Résection de la plus grande partie du sac. L'hémostase nécessite deux ligatures au catgutt. Un drain en crin est placé au fond de la plaie; deux points de suture profonde et une suture superficielle assurent la réunion. L'application des sutures est rendue quelque peu difficile par la production très rapide d'un œdème assez considérable dont le tissu cellulaire lâche qui réunit le sac aux tissus sousjacents est le siège.

23 septembre. Le pansement est levé. La réunion superficielle paraît assurée. Le malade a rendu quelques gaz, mais n'est pas allée à la selle.

25 septembre. La moitié du drain est enlevée, ainsi que les points de suture superficielle. Il n'y a pas de suppuration.

27 septembre. Le drain est totalement enlevé, ainsi que les deux points de suture profonde. La réunion par première intention est complète, et au pansement suivant qui a lieu deux jours après, on trouve la plaie complètement fermée. Le malade sort quelques jours après de l'hôpital.

OBSERVATION III

Hernie épiploïque. Cure radicale. Guérison. Pansement Lister. (John Chiene. Revue de Médecine et de Chirurgie. Année 1876.)

Femme de 43 ans, entrée à l'infirmerie royale d'Edimbourg pour hernie volumineuse dans l'aine gauche. Existait depuis 4 ans, jamais réduite. 15 centimètres de haut sur 10 centimètres de large.

Ponction donne issue à 330 grammes de liquide, puis on sent masses dures, irréductibles. Incision sur la tumeur. Masses épiploïques adhérentes entre elles. Pas d'anses intestinales.

L'épiploon fut lié par petites portions avec corde à boyau préparée à l'acide chromique. Quinze ligatures furent appliquées. Au-dessous, masse épiploïque fut coupée. Le sac fut réséqué, ses parois suturées avec corde à boyau par-dessus les autres ligatures. Deux tubes à drainage et plaie suturée avec corde à boyau.

L'opération fut faite avec toutes les précautions de la chirurgie antiseptique ; aucun accident. Pouls, 80.

Le lendemain, T. 38°.

Trois jours après, T. 37°.

Le vingt-unième jour, la cicatrice était solide.

La malade est parfaitement guérie et porte par précaution un bandage très léger.

OBSERVATION IV

Lue à la Société de Chirurgie (séance du 5 janvier) par M. Terrier, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Madame C..., 45 ans, tumeur ombilicale consécutive à une couche.

14 février 1880. En pleine santé, la malade est prise d'accidents d'étranglement herniaire, après avoir déjeuné. Le docteur appelé constate l'omphalocèle, et réduit facilement la hernie. Prescrit le port d'une ceinture avec plaque ombilicale.

4 avril 1880. Quelques coliques et douleurs d'estomac.

10 juillet 1880. Vives coliques vers l'ombilic, crampes d'estomac. Tumeur est sortie. Tentative de taxis nulle. Douleurs internes, coliques vives, ni nausées ni vomissements. Deuxième tentative de taxis avec anesthésie chloroformique ne réussit pas davantage.

Au niveau de l'ombilic, tumeur arrondie, plate, volumineuse, peu sonore à la percussion et de consistance pâteuse. Au centre de la masse, point rénitent, fluctuant, à peine sonore. Tumeur très douloureuse à la pression. Vives coliques.

Depuis l'apparition des accidents, ni matières ni gaz par l'anus ; nombreuses éructations gazeuses. Pas de vomissements.

18 juillet 1880. A 11 heures et demie, kélotomie, 2 heures après premiers phénomèmes d'étranglement.

Incision du sac, contenant sérosité rougeâtre, puis masse épiploïque considérable. En écartant l'épiploon, longue anse intestinale très congestionnée, et située profondément. Avant de faire la réduction, je nettoie l'anse herniée et le sac avec de la solution phéniquée forte (au 20e).

La réduction fut faite. Les portions exubérantes d'épiploon furent liées avec de la soie phéniquée et réséquées. Tube à drainage, préalablement plongé dans solution forte ; il pénétrait jusqu'au niveau de l'anneau débridé. Quatre fils de soie phéniquée réunirent les bords de la section cutanée. Petit tube à drainage placé sous les sutures de l'intestin.

L'opération a été faite d'après la methode de Lister, *sauf la pulvérisation*, qui a duré une heure.

11 juillet 1880. Etat général bon. Quelques coliques. Pas de nausées. Pas de vomissements.

12 juillet 1880. Nuit bonne. Malade rend des gaz par l'anus. Pouls 84. T. 38°. Etat général excellent.

13 juillet 1880. J'enlève deux points de suture. En bas de l'incision, tendance au sphacèle des téguments. Malade commence à s'alimenter. Pouls 84, T. 37°, 9.

15 juillet 1880 J'enlevai le reste des points de suture et le tube à drainage sous-cutané, laissant en place le tube profond, qui laisse écouler quelques gouttes de sérosité à moitié coagulée. La partie supérieure de l'incision est réunie par première intention, la partie inférieure se désunit et se sphacèle superficiellement.

16 juillet 1880. Première garde-robe avec lavement.

17 juillet 1880. T. remonte à 38°, ce qui parait tenir à l'inflammation déterminée par l'élimination des eschares de la plaie, élimination qui produit un peu de suppuration.

Madame C... a pu se lever trois semaines après l'opération, sa plaie n'était pas encore tout à fait guérie. Cicatrisation complète au bout de six semaines.

OBSERVATION V

M. le docteur Piéchaud, chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-André, a bien voulu me communiquer l'analyse de quatre opérations de kélotomie, observées en ville ou en dehors de l'hôpital Saint-André :

« Ce sont quatre hernies crurales, dont trois chez des femmes de 40, 55 et 60 ans, et une chez un homme de 71 ans. Dans aucun cas, je ne pus employer *la pulvérisation phéniquée*. Disons immédiatement qu'ici le pansement de Lister a été, par la force des circonstances, un peu modifié. Chez trois de mes malades, j'ai toujours eu soin de laver avant de le réduire l'intestin avec une solution phéniquée forte. Sutures en crins, drain profond, pansement avec la gaze de Lister, etc., etc. Chez eux la guérison par première intention a été obtenue, bien que dans un cas l'intestin fût aminci, dépouillé de son enveloppe péritonéale après un étranglement de quatre jours, et que dans un autre, (vieillard de 71 ans), j'aie été obligé de réséquer un gros morceau d'épiploon.

Chez le quatrième malade (femme de 60 ans) le résultat fut beaucoup moins bon. En effet, le troisième jour, il y avait de la rougeur, beaucoup de tuméfaction, la suture cédait en plusieurs points, il s'écoulait du pus épais par le drain, et peu à peu, quelque temps après, le sac mortifié était éliminé tout entier comme un lambeau de tissu conjonctif sphacélé dans un phlegmon diffus. La malade guérit cependant, mais elle ne pouvait pas quitter l'hôpital (Lariboisière), parce qu'elle éprouvait toujours des douleurs vives dans le bas ventre. Huit ou dix mois après, elle succombait à une péritonite chronique dont je pus constater les désordres sans en apprécier exactement la cause, car depuis l'opération elle s'était à deux reprises éloignée de l'hôpital.

Dans ce dernier cas je n'avais point employé le pansement de Lister, et m'étais contenté de laver la plaie et l'intestin avec un mélange d'eau phéniquée et d'alcool camphré : j'avais ensuite fait un pansement avec de la tarlatane blanche imbibée du même mélange et recouverte d'un taffetas ciré. J'ajouterai que des soins minutieux de propreté avaient présidé à l'opération et aux pansements ».

OBSERVATION VI

Hernie crurale étranglée droite. Kélotomie. Pansement de Lister. Guérison. (Service de M. le professeur Lanelongue.)

Catherine Sevain, 69 ans, journalière, entre à l'hôpital Saint-André le *29 octobre 1880*. Hernie crurale depuis 6 ou 7 ans, facilement réductible et peu gênante, La malade ne portait pas de bandage. Le *27 octobre 1880*, sous l'influence d'un effort violent, douleur vive au niveau de sa hernie et coliques qui l'obligent à se mettre au lit. Deux jours durant, elle va deux fois à la selle, sans rendre de gaz : ses forces s'affaiblissent, sa face se grippe, elle essaie de prendre des aliments, ils sont aussitôt rejetés.

29 octobre. Entre à l'hôpital. Facies pâle et grippé. Voix affaiblie. Forces très abattues. Au niveau de l'anneau crural, tumeur ovoïde, gros œuf de poule, rénitente à la palpation, mate à la percussion, douloureuse à la pression.

Kélotomie décidée sur-le-champ. Le pansement de Lister complet, avec toutes les précautions antiseptiques.

L'opération terminée, l'intestin réduit, on ferme la plaie à l'aide d'une suture superficielle au crin, après avoir placé au fond un drain de crins de cheval. Puis application du pansement antiseptique.

30 octobre. Pansement. Bon état de la plaie. Coliques moins vives. Pas de hoquets ni de vomissements. Pas de selles.

1er novembre. Léger gonflement de la plaie. On enlève les points de sutures superficiels.

2 novembre. Pansement. Même état local et général. La rougeur a presque disparu autour de la plaie pour se propager à la partie supérieure et externe de la cuisse.

3 novembre. La rougeur des téguments a tout à fait disparu. On enlève la moitié du drain.

4 novembre. Amélioration de la plaie de plus en plus sensible. Pas de douleurs abdominales. Température normale.

6 novembre. Le drain est complétement enlevé, et remplacé par une petite mèche de charpie phéniquée.

La malade sort guérie le *13 novembre 1880*.

OBSERVATION VII

Hernie inguinale étranglée droite. Kélotomie. Pansement de Lister. Guérison. (Service de M. le professeur Lanelongue.)

Despagnot, Jean, 35 ans. Depuis 8 ou 9 ans, hernie inguinale droite, maintenue réduite par un bandage.

Le 29 mai 1881. Dans un effort la hernie s'échappe. Douleur violente dans le bas-ventre. Vomissements. La hernie ne rentre pas. Le lendemain, deux séances de taxis inutiles : vomissements porracés, douleurs, etc... Troisième séance, le *31 mai*, résultat nul.

31 mai 1881. Entre le soir à l'hôpital. Hernie inguinale droite du volume d'une petite pomme, douloureuse à la pression, pédicule étroit et rigoureusement serré par l'anneau inguinal. Vomissements fécaloïdes. Facies grippé. Mauvais état général.

Kélotomie décidée immédiatement. Drain au fond de la plaie avec sutures superficielles au crin. Pansement phéniqué, dans toute sa rigueur. Guérison complète après quatre pansements. Le malade sort guéri le 15 juin.

OBSERVATION VIII

Hernie inguinale étranglée. Kélotomie. Paralysie intestinale consécutive. Pansement de Lister. Guérison. (Service de M. le professeur Lanelongue, suppléé par M. Poinsot, professeur agrégé.)

Détot, Jean, est porteur depuis 20 ans d'une hernie inguinale droite, volumineuse, descendant fréquemment dans les bourses, mais très facilement réductible.

Au mois de *novembre* 1879, en remuant un baril de céruse, sa hernie sort, malgré son bandage, et il lui est impossible de la faire rentrer. Accident d'étranglement. Un médecin appelé tente le taxis et parvient à faire rentrer la tumeur.

Le jeudi *22 septembre* 1880, à 10 heures du matin, Jean Détot, à la suite d'un effort prolongé (il était obligé de peindre un plafond en se tenant sur la pointe des pieds), sent tout à coup sa hernie s'échapper à travers son bandage. Douleurs légères d'abord, mais plus intenses. Malade pousse les cris aigus.

La pression augmente les douleurs.

Vers 4 heures il prend un bain et s'évanouit. Le médecin tente le taxis sans succès et lui conseille d'entrer à l'hôpital Saint-André.

23 septembre. Entre à l'hôpital, salle 17, lit n° 24. Taxis sans chloroforme pendant dix minutes. Résultat nul. Etat général mauvais. Facies grippé. Pouls petit. Langue sèche. Yeux excavés. Dépression générale.

Pendant la nuit du 23 au 24, deux garde-robes avec abondance de matières diarrhéiques qui n'ont pu être examinées.

24 septembre. A la visite du matin, kélotomie décidée, vu le mauvais état du malade. Masse épiploïque considérable. Pas d'anse intestinale. Ne voulant pas réduire une aussi grande quantité d'épiploon. M. Poinsot morcelle cette masse au moyen de quatre ligatures au catgut. Deux points de suture profonde et huit points de suture superficielle, les premiers au fil d'argent, les derniers au crin.

On applique le pansement de Lister, et la cicatrisation était complète le *29 septembre*, cinq jours après l'opération.

Le malade a eu une paralysie intestinale consécutive, traitée par courants électriques. Il a quitté l'hôpital le *11 octobre*, parfaitement guéri, avec un bandage.

OBSERVATION IX

Hernie ombilicale étranglée. Kélotomie. Pansement de Lister. Mort sans péritonite.
(Société anatomique. Régnier, interne des hôpitaux.)

Femme Farquel, 50 ans. Entre à l'hôpital Necker, service Désormeaux.

Entrée *20 octobre 1876*. Hernie ombilicale de moyen volume étranglée depuis cinq jours. Vomissements fécaloïdes. Ballonnement du ventre, face grippée, voix éteinte, petitesse remarquable du pouls, refroidissement des extrémités, crampes dans les jambes.

22 octobre. Campenon fait l'opération. Intestin réduit. Epiploon non réduit. On s'en sert pour obturer l'orifice herniaire. Deux fils à suture profonde. Un drain repose sur ces fils, au milieu de la masse épiploïque, et vient sortir à l'angle inférieur de la plaie, qui reste libre pour l'écoulement des liquides. Réunion des téguments par points de suture métallique. L'opération et le pansement ont été faits par la méthode de Lister.

23 octobre. Pas de douleurs dans le ventre. Pas de vomissements. Une selle abondante. Pouls très petit, 80 P. Stupeur prononcée.

Soir. On change le pansement : absence de toute réaction inflammatoire : accollement complet des surfaces suturées ; écoulement facile des liquides. Etat locat bon, général, mauvais. T. 36°. Même stupeur.

24 octobre. Même état.

Soir. Affaiblissement rapide. 6 heures, Mort. Collapsus cholériforme.

N. B. Dans la discussion qui suit, M. Campenon fait remarquer que l'autopsie a été faite et que toute trace de péritonite faisait défaut.

OBSERVATION X

Hernie inguinale droite étranglée. Kélotomie. Pansement de Lister. Guérison.
(Thèse de Larivière, 1879).

Estelle, couturière, 37 ans, entre à l'hôpital Necker, service de Broca, suppléant Richelot. Depuis environ 4 ans, hernie inguinale droite, consécutive à une grossesse.

18 avril 1879. Entre à l'hôpital. Hernie épiploïque de la grosseur d'un marron. Le 16, vers dix heures du soir, à la suite d'une violente colère contre l'un de ses enfants, douleurs vives dans le bas-ventre et le creux épigastrique. Dans la nuit, vomissements.

Le 17 avril, un médecin avait fait mettre de la glace sur le ventre, revint le soir, les vomissements avaient continué, il fit des tentatives de taxis pendant trois quarts d'heure. Dans la nuit du 17, symptômes d'étranglement ; jugeant une intervention nécessaire, le médecin envoya sa malade à l'hôpital.

Vomissements continuent à l'heure de la visite, malade prostrée, cyanosée, la peau n'est pas froide aux extrémités, vomissements fécaloïdes. Tumeur assez volumineuse, allongée dans le sens du pli de l'aine, très légèrement sonore. La peau est un peu rouge et tuméfiée.

L'opération est pratiquée à 10 heures, 48 heures après le début des accidents, dans un nuage d'acide phénique ; les instruments, les éponges, les mains du chirurgien étant purifiées par l'acide phénique.

Incision de 0,08 centimètres. Sac est ouvert, paquet épiploïque assez

gras. Au moment du débridement en dedans et en haut, on voit sourdre du liquide intestinal par un petit pertuis de l'intestin situé à la partie interne de l'anse et mesurant 2 millimètres. L'intestin est saisi dans ce point avec une pince. On jette une ligature au catgut sur la partie pincée de l'intestin, réduit tel quel.

Le pansement de Lister est appliqué selon toutes les règles.

18 avril. Malade vomit une fois dans la journée ; vers le soir, deux selles liquides. T. 37°.

19 avril. Lavement simple. Selle liquide. Lait. T. 37°, 9.

20 avril. Lavement simple, Selle liquide.

21 avril. Pas de selles. Le pansement est continué jusqu'au 2 mai. A cette époque, pansement phéniqué simple. La cicatrisation marche rapidement, et *le 24 mai*, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

OBSERVATION XI

Hernie crurale étranglée. Perforation de l'intestin. Guérison. (Panas, thèse de Larivière, 1879.)

Maupérin Prosper, 57 ans. Hernie crurale étranglée depuis six jours, compliquée de perforation de l'intestin par ulcération et de choléra herniaire. Est opéré le *26 octobre* 1877.

Ligature perdue au catgutt et réduction de l'intestin. Pas la moindre fièvre. Guérison çomplète le *13 novembre.*

OBSERVATION XII

Hernie inguinale, congénitale droite, étranglée chez un enfant de neuf mois. Kélotomie. Etranglement consécutif d'une hernie congénitale gauche. Apoplexie testiculaire. (Feré, interne des hôpitaux. Société anatomique, 1881.)

Florange. neuf mois, hôpital Necker, service Guyon, *6 mai* 1880.

Quelques jours après sa naissance, présence d'une tumeur dans l'aine droite. A deux mois, présence d'une seconde tumeur dans l'aine gauche. Bandage double et insuffisant. Diarrhée. On enlève le bandage, dès lors descente des deux tumeurs dans le scrotum.

4 mai. Etat général bon, sauf quelques coliques. Vomissements de lait caillé d'abord, puis verdâtres, répétés toutes les heures, les demi-

heures, à intervalles plus rapprochés jusqu'à ce qu'on apporte l'enfant à l'hôpital.

Hernie du côté gauche ne rentre plus du tout. Hernie reconnue étranglée par le médecin qui pratique un taxis modéré, sans résultat. Bain tiède de 20 minutes, puis taxis sans résultat. Cataplasmes chauds sur la tumeur.

Ventre ballonné. Tumeur très tendue. Pas de selles depuis le 4 au matin. Vomissements de matières verdâtres.

6 mai. Dans la soirée, entre à l'hôpital.

7 mai. 8 heures. Etat général grave. Malade pâle, couvert de sueur. Extrémités froides et violacées. Hoquet qui se répète toutes les deux ou trois minutes. De temps en temps écoulement par la bouche d'une certaine quantité de matière verdâtre et fétide. Tympanisme très prononcé. Pressions sur le ventre non douloureuses.

Scrotum du côté droit rempli par une hernie du volume d'un gros œuf et rentrant facilement par l'anneau inguinal. Testicule bien descendu, situé en dedans et en arrière de la tumeur, ne rentre pas dans le ventre avec elle.

Scrotum du côté gauche distendu par tumeur résistante, ovoïde, du volume du poing, se prolongeant en haut au niveau de l'anneau inguinal. Irréductible, mate à la percussion, non transparente, non fluctuante. Exploration ne permet pas de reconnaître la présence du testicule. Après un bain, tentative de réduction infructueuse. T. 37°. Pouls 120.

7 mai, 10 heures. Kélotomie pratiquée par Guyon. Pansement antiseptique après avoir placé quatre sutures profondes et 8 superficielles. Hernie droite rentre et sort facilement. Trois heures après kélotomie, selle très liquide jaune verdâtre.

A la visite du soir, vomissements verdâtres, face grippée, ventre ballonné, extrémités froides. L'enfant meurt le lendemain matin avant la visite.

A l'autopsie, les lèvres de la plaie offraient déjà quelques adhérences. Rien autre chose à signaler au point de vue du pansement antiseptique.

OBSERVATION XIII

Hernie intra-pariétale compliquée d'un étranglement interne. Taxis. Kélotomie. Guérison. (Polaillon, Union médicale).

F... Jean, 29 ans. Hernie crurale gauche depuis 1870. Phénomènes d'étranglement le *11 janvier 1878*. Entre à l'hôpital où l'on trouve une tumeur profonde, mal limitée, de la grosseur d'un œuf, douloureuse à la pression, sonore à la percussion.

14 janvier. Taxis avec rentrée de la tumeur. Cependant vomissements de matières bilieuses et verdâtres. Région inguinale résistante et douloureuse.

Kélotomïe faite d'après les règles de la méthode antiseptique. Les lèvres de l'incision ont été réunies avec des fils d'argent. Le pansement phéniqué est appliqué. Expulsion de gaz par l'anus, le soir.

15 janvier. Nuit bonne, pas de fièvre.

17 janvier. Pansement renouvelé. Un point de suture enlevé.

19 janvier 1879. Pansement. Ablation des points de suture. Réunion immédiate des lèvres de la plaie.

OBSERVATION XIV

Perforation de l'intestin après la kélotomie. (Foulliaron, thèse de Paris, 1881.)

D. C..., âgée de 40 ans, journalière, entre à l'hôpital, service de M. Monod. Hernie crurale étranglée.

Jusqu'à cette époque, la tumeur située au-dessus du pli de l'aine gauche a gardé son volume (gros œuf de pigeon).

A 5 heures du soir, le 18 *avril*, à la suite d'un effort, tumeur plus volumineuse et ayant à peu près le volume d'une grosse poire. Etat général assez bon, ni gaz par l'anus, ni selles, ni vomissements. Angoisses et douleurs locales.

Le soir, pas de selles, vomissements bilieux verdâtres : M. Monod se décide à intervenir.

19 avril. A 5 heures du soir, kélotomie. Sac ouvert renferme liquide rougeâtre et anse intestinale de couleur rouge. Petite quantité d'épiploon.

L'anse intestinale examinée avec soin ne présente pas de perforation, n'a pas l'aspect gangréneux : seulement, au niveau du collet, en dedans, érosion superficielle sans aut.e altération qu'une coloration rouge foncé de l'intestin.

L'anse intestinale et le sac sont lavés avec solution phéniquée forte 1|20, puis réduction. Epiploon lié au catgut, puis sectionné.

Réunion profonde : deux points de suture. Drains. Pansement de Lister sauf *pulvérisation*. Lavage de la région, des instruments et des mains à l'eau phéniquée au 1|20.

26 avril. On enlève les sutures profondes.

3 mai. Toute la plaie est réunie sauf le passage du drain.

4 mai. Le pansement est enlevé.

12 mai. Malade se plaint de coliques, douleurs dans le ventre, la température s'exagère, les vomissements sont alimentaires. Ventre ballonné, un peu sensible à la pression. M. Monod pense à un retrécissement du bout inférieur de l'intestin produit par fausses membranes péritonéales.

30 mai. Douleurs plus violentes. Ballonnements. Nausées. Vomissements bilieux. Issue d'un peu de pus et de matières intestinales par le trajet fistuleux jusqu'au *29 juin*, et le *10 juillet*, M. Monod persiste à ne pas tenter l'oblitération de cette fistule.

OBSERVATION XV

Hernie étranglée. Kélotomie. Pansement de Lister. Guérison. (Lucas-Championnière. Revue de médecine et de chirurgie.)

Enfant de 13 mois, service de M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker.

Depuis sa naissance, hernie inguinale gauche. Vomissements. Ventre ballonné, facies altéré. Nez pincé. Tendance au refroidissement. Haleine froide. Au pli de l'aine gauche, tumeur du volume d'un marron, tendue et douloureuse. Taxis sans succès.

Kélotomie. Le sac contenait une sérosité sanglante et épaisse. Anse d'intestin au-dessous du testicule qui n'était pas descendu. Cette anse est distendue, rouge, sombre. Constriction extrême. Le débridement fait, lavage de la plaie et du sac avec eau phéniquée, puis réduction. Point de

suture profond comprenant l'orifice débridé, point de suture superficiel sur les lèvres de la plaie cutanée. Application par dessus de quelques rondelles d'agaric trempées dans eau phéniquée, ouate et spica.

Suites fort simples. Guérison rapide. Malade en parfaite santé.

M. Lucas-Championnière appelle l'attention sur le procédé de suture employé par ce que, dit-il, je m'en suis servi avec succès.

« On a souvent conseillé la suture après la kélotomie, mais ici, dans ce cas, j'ai fait une suture spéciale, j'ai compris dans une première suture les tissus profonds au niveau du point débridé ; puis j'ai fait une suture plus superficielle au-devant du sac. On a aussi l'avantage de fermer hermétiquement l'abdomen. Les points de suture superficiels sont enlevés le lendemain, ou le surlendemain pour laisser écouler les liquides du sac ; ils ont été peu rapprochés ou modérément serrés. Les points de suture profonds s'enlèvent à une date variable.

J'ai employé ce procédé dans cinq cas, et dans trois cas j'ai obtenu une complète guérison. »

CONCLUSIONS

D'après les observations consignées dans cette thèse, il nous est permis de tirer certaines conclusions sur l'application du pansement de Lister dans l'opération de la hernie étranglée :

1° La méthode antiseptique en général, et le pansement de Lister en particulier atténue la gravité de l'opération de la hernie étranglée;

2° Le pansement phéniqué permet de pratiquer plus sûrement qu'autrefois l'ouverture du sac herniaire;

3° Il diminue de beaucoup les chances de péritonite et de complications graves;

4° Il contribue puissamment à l'absence à peu près complète de suppuration, à la diminution de la fièvre et des accidents ultérieurs de la kélotomie;

5° Il permet, à l'aide des précautions et des moyens qu'il emploie, la réunion des lèvres de la plaie par première intention;

6° Il éloigne les chances de septicémie intestinale et péritonéale.

Vu bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr DENUCÉ.

Vu par le Doyen de la Faculté,
Dr DENUCÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Lucas. — Journal de médecine et de chirurgie, septembre et octobre 75, février 76.

Marfan. — Kélotomie. Gazette des hôpitaux. 7 juin 1877, page 515.

West. — Hernie étranglée. Valeur du pansement de Lister. The Lancett, t. II, page 230, 1877.

John Maconchy. — Statistique de 18 cas de kélotomie. Dublin Medical journal of medical sciences, page 495, décembre 1877.

Aribaud. — Observations d'opération de hernie étranglée. Lyon Médical, 23 juin 1878.

Wolcker. — 2 cas de hernie étranglée. 1 kélotomie. Lancett 78, vol. I, page 755.

G. Kléberg. — De l'emploi du catgut pour les sutures dans la hernie étranglée. Arch. fur Klinische Chirurgie, t. 24, 1880, page 840.

Larivière. — Thèse de Paris, 1879.

Bulletin de la Société de chirurgie, 1881, t. 7, page 17 à 53.

Possemé. — Paris, février 1881.

Guillaume. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1880, page 484.

Foulliaron. — Thèse de Paris, 1881.

Périer. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1881.

Franck. — Recueil de médecine et de chirurgie militaires, 1877, page 537.

Nicaise. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1877, 21 janvier.

Scheaf. — The Lancett, 1878,2 nov. 1878.

Parker. — The Lancett, 1878, t. 2, page 795.

Duplay. — Archives générales de médecine, 1879, t. I, page 91.

Kobryner. — Bulletin général de thérapeutique, 1879, t. 97, page 229.

Evans. — The Lancett, vol. 1, 1878, page 529.

P. Berger. — France médicale, 20 nov. 1878.

Corcellet. — Gazette des hôpitaux, 1878, page 275.

Good. — The Lancett, 1878, vol. 1, page 187.

Dubourg. — Gazette médicale de Bordeaux, 1877, n° 15.

Lawson. — The Lancett, vol, I, page 12, 1878, 2 cas de kélotomie.

Plantié. — 1879. Thèse de Paris.

Verneuil. — Gazette des hôpitaux, 1881, 11 août.

Chevalier. — 1881. Thèse de Paris.

Romascu. — 1881. Thèse de Paris.

Polaillon. — 1879. Union médicale, 9 janvier.

Sébileau. — Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1882. Discussion de Troquart.

Gosselin. — Archives générales de médecine, 1861, 5me série.

Lucas-Championnière. — Chirurgie antiseptique.

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : Du nerf trijumeau.
Physiologie : Propriétés de la salive. Rôle du système nerveux sur la sécrétion de la salive.
Chimie : Acides acétique et oxalique. Principaux dérivés.
Histoire naturelle : Organes de la circulation chez les reptiles.
Pathologie externe : Ergotisme gangréneux.
Pathologie interne : Effets généraux des maladies du cœur.
Pathologie générale : Hyperhémie mécanique ou de compensation.
Histologie et anatomie générale : Estomac. Suc gastrique.
Anatomie pathologique : Des épithéliomes.
Médecine opératoire : Traitement chirurgical du torticolis.
Pharmacologie : Bouillons médicinaux.
Matière médicale : Valériane et acide valérianique.
Thérapeutique : Agents paralyso-moteurs en thérapeutique.
Hygiène : De l'alimentation insuffisante.
Médecine légale : Responsabilité au point de vue civil et criminel
Accouchements : Auscultation dans le diagnostic de la grossesse.

5608. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr. rue du Temple, 12.